

受付番号

令和 年 月 日

江東区長殿

申請者 氏
(喪主)

住所

氏名

印

電話

江東区後期高齢者医療被保険者葬祭費等支給申請書兼口座振替依頼書

下記のとおり申請します。

記

金額 ￥ 70,000 円

捨印

(内訳) 葬祭費 (東京都後期高齢者医療広域連合支給分) 50,000円

葬祭給付金 (江東区支給分) 20,000円

被 保 険 者 番 号								
死 亡 者 関 係 事 項	死 亡 年 月 日	平成・令和	年	月	日			
	死 亡 者 氏 名				T・S	年	月	日生
	死 亡 者 の 個 人 番 号							
	死 亡 の 原 因 (病 名 等)							
	葬 祭 執 行 日 (告 別 式)	平成・令和	年	月	日			
	死 亡 者 の 続 柄	申請者の						

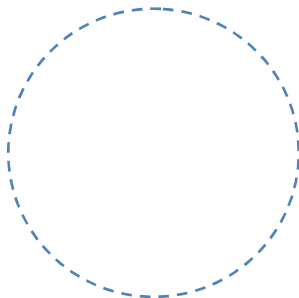
※ 申請者名義以外の口座に振り込む場合は、裏面も御記入ください。

振 込 先 金 融 機 関	銀 行		本 店
	信用金庫	信用組合	支 店
			出 張 所
	金融機関コード	支店コード	
振 込 口 座	預金種類	普通 当座 ()	番号
	フリガナ		
	名義人氏名		

※ 申請者以外の方がお届けに来られた場合は、御記入ください。

(住所)		
	電 話	()
(氏名)	申請者との関係	

喪主確認	資 格 喪 失 情 報 (喪 失 日)	受 付 者	受 付 場 所
	平成 令和 年 月 日		区 白河 富岡 豊洲 小松橋 亀戸 大島 砂町 南砂



委任状

私は、
を代理人と定め、次の権限を委任します。

葬祭費等の受領に関すること。

申請者の住所

氏名

印

代理人の住所

氏名
